

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Maciel Scalco
Nº da Carteirinha: 13.3.2654
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/12/2007

Nº da Guia: 14401.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	12:06:53	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pescoço

Descrição

O aluno levou uma bolada no rosto fazendo com que seu pescoço/cabeça virasse e em outros momentos acabou forçando. A dor não melhorou por completo e o aluno ainda se sente incomodado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 3447-7461

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giulliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	174 00	Corveta	(47) 9 9195-2910

Motivo do Retorno

Consulta de fisioterapia

Ass.:

Grazielle Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br